3 Inanspruchnahme von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen

Anne Starker, Joachim Bertz, Anke-Christine Saß

Hintergrund und Fragestellung

Seit Jahrzehnten dominieren zwei Krankheitsgruppen das Sterbegeschehen in Deutschland: Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems und Krebserkrankungen. Im Jahr 2010 entfielen 26,2 % aller Sterbefälle auf Krebserkrankungen. Sie stehen damit an zweiter Stelle der häufigsten Todesursachen (nach Krankheiten des Kreislaufsystems mit 41,1 %) (Statistisches Bundesamt 2011).

Aber nicht nur hinsichtlich der Mortalität (Sterblichkeit), auch für das Morbiditätsgeschehen (Krankheitsgeschehen) in Deutschland haben Krebserkrankungen große Bedeutung. Daten zu Krebsneuerkrankungen werden von den epidemiologischen Krebsregistern der Bundesländer erhoben. Das Zentrum für Krebsregisterdaten am Robert Koch-Institut (ZfKD) führt diese Daten zusammen und erstellt Schätzungen für die Bundesrepublik (RKI, GEKID 2012). Danach erkrankten im Jahr 2008 223.100 Frauen und 246.700 Männer neu an Krebs. Die absolute Zahl der Krebsneuerkrankungen ist laut ZfKD, auch infolge des demografischen Wandels, deutlich angestiegen, allein im 10-Jahres-Zeitraum 1999 bis 2008 bei den Frauen um 13,1 %, bei den Männern um 22,0 %. Werden allerdings die Änderungen im Altersaufbau der Bevölkerung mittels Altersstandardisierung berücksichtigt, relativiert sich das Ausmaß der Entwicklung in diesem Zeitabschnitt deutlich und zeigt nur für Frauen einen Anstieg um 6,8 %.

Nach den aktuellen Schätzungen für das Jahr 2008 waren die drei häufigsten Tumorlokalisationen der Frauen Brustdrüse (32,1 %), Darm (13,5 %) und Lunge (7,0 %); bei den Männern Prostata (25,7 %), Darm (14,3 %) und Lunge (13,8 %).

Darmkrebs ist demnach die zweithäufigste Krebserkrankung bei Frauen und Männern mit geschätzten 30.040 bzw. 35.350 Neuerkrankungen. Die (altersstandardisierten) Erkrankungszahlen, waren bei den Frauen im Jahr 2008 gegenüber 1999 leicht rückläufig (34,4/100.000 Einwohner vs. 43,0/100.000 Einwohner). Bei den Männern blieb die Tendenz in diesem Zeitraum eher unverändert (1999: 64,2/100.000 Einwohner, 2008: 63,0/100.000 Einwohner).

Unter dem Begriff Hautkrebs werden verschiedene Krebserkrankungen der Haut zusammengefasst. Es werden das Basalzell- und das Plattenepithelkarzinom bzw. Spinaliom unterschieden, die vergleichsweise häufig auftreten, aber nur sehr wenige Todesfälle verursachen (Madan et al. 2010) und der sogenannte »schwarze Hautkrebs« (malignes Melanom der Haut): Dieser ist vergleichsweise selten, verursacht aber unter den Hautkrebsarten die meisten Todesfälle. Er nimmt in der Rangfolge der häufigsten Tumorlokalisationen bei Krebsneuerkrankungen Platz fünf bei den Frauen und Platz acht bei den Männern ein. Im Jahr 2008 wurde bei 8.890 Frauen und 8.910 Männern ein malignes Melanom der Haut neu diagnostiziert. Das Erkrankungsrisiko hat sich, gemessen an der altersstandardisierten Erkrankungsrate, bei Frauen und Männern seit den 1980er-Jahren mehr als verdreifacht. Maligne Hautmelanome gehören zu den Krebserkrankungen mit deutlichem Zuwachs bei den Erkrankungsraten. Im Jahr der Einführung des neuen Früherkennungsprogramms (2008), stiegen die Neuerkrankungsraten im Vergleich zum Vorjahr um 15,3 % bei den Frauen und 19,6 % bei den Männern.

Die Entwicklung in Deutschland ist auf der einen Seite durch erheblich zunehmende Erkrankungszahlen bei Darmkrebs, Hautkrebs und Krebs insgesamt gekennzeichnet. Hingegen hat das Risiko an Krebs zu versterben von 1999 bis 2008 abgenommen, bei Frauen um 11,3 % und Männern um 15,4 % (altersstandardisierte Rate). Noch deutlicher als bei Krebs insgesamt fiel beim Darmkrebs der Rückgang der altersstandardisierten Sterberaten aus, bei Frauen um 27,9 % und bei Männern um 20,5 %. Das Risiko am malignen Melanom der Haut zu versterben, ist gemessen an anderen Krebserkrankungen, relativ gering. So entfielen im Jahr 2008 nur ca. 1 % aller Krebstodesfälle (2.500 Gestorbene) auf diese Lokalisation. Seit dem Jahr 1999 sind die Sterberaten für das maligne Melanom bei Frauen und Männern nahezu unverändert.

Die zurückgehende Sterblichkeit an Krebserkrankungen insgesamt weist darauf hin, dass sich die Überlebensaussichten von Krebspatientinnen und -patienten, wenn auch nicht für alle Krebslokalisationen, in den letzten Jahrzehnten wesentlich verbessert haben. Dies ist vor allem auf die Fortschritte in der Krebstherapie aber auch auf die Krebsfrüherkennung zurückzuführen (RKI 2010). Das Ziel von Krebsfrüherkennungsmaßnahmen ist die Entdeckung einer Krebserkrankung im möglichst frühen Stadium, d. h. noch bevor Symptome der Erkrankung sichtbar oder spürbar sind. Das ermöglicht, eine geeignete Therapie frühzeitig einzuleiten und schonender sowie

mit größeren Erfolgsaussichten zu behandeln. Durch die frühzeitige Diagnose können nicht nur Überlebenszeiten und -raten bei entsprechenden Krebserkrankungen verbessert, sondern insgesamt, über die zeitliche Vorverlegung der Diagnose hinaus, auch ein realer Gewinn an Lebenszeit erreicht werden. Auch die Sicherung bzw. die Wiedererlangung einer guten Lebensqualität kann eine positive Wirkung der Teilnahme an Krebsfrüherkennungsmaßnahmen sein. Allerdings gibt es nicht für alle Tumorarten geeignete Methoden zur Früherkennung. Darüber hinaus müssen auch die Grenzen von Krebsfrüherkennungsmaßnahmen aufgezeigt werden. So ist eine Teilnahme an Krebsfrüherkennungsuntersuchungen unter anderem keine Garantie dafür, nicht an der entsprechenden Krankheit zu erkranken. Die eingesetzten Untersuchungsverfahren bergen ein, wenn auch geringes, Risiko für Komplikationen und/oder Belastungen bei den Teilnehmerinnen und Teilnehmern von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen. Es kann zudem vorkommen, dass ein zunächst belastender Krankheitsverdacht entsteht, der sich nach zusätzlichen Untersuchungen nicht bestätigt. Durch Krebsfrüherkennungsuntersuchungen ist es auch möglich, dass Frühstadien von Krebserkrankungen entdeckt werden, die unbehandelt nie relevant geworden wären, oder ein Frühstadium unentdeckt bleibt, was zu einer falschen Sicherheit führt.

Die Voraussetzungen für die Aufnahme bestimmter Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten in den Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sind im Sozialgesetzbuch V (SGB V) festgehalten (§ 25 Abs. 3 SGB V) und lehnen sich an entsprechende Kriterien und Richtlinien für die Screening-Untersuchungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) aus den 1960er-Jahren (Wilson, Jungner 1968) an. Danach müssen eine wirksame Behandlung für die zu untersuchende Erkrankung vorliegen und ein Vor- oder Frühstadium der Erkrankung durch diagnostische Maßnahmen eindeutig erfasst werden können. Außerdem müssen Ärzte und Einrichtungen vorhanden sein, um die Diagnose zu sichern und die Behandlung durchzuführen.

Die für gesetzlich versicherte Erwachsene in Deutschland angebotenen Krebsfrüherkennungsuntersuchungen umfassen derzeit für Frauen jährlich die Früherkennung von Krebserkrankungen des Genitales ab dem Alter von 20 Jahren sowie zusätzlich der Brust ab dem Alter von 30 Jahren. Zum Mammographie-Screening werden Frauen zwischen dem 50. und 70. Lebensjahr alle zwei Jahre eingeladen. Bei Männern ist die jährliche Früherkennung von Krebserkrankungen der Prostata und des äußeren Genitales ab dem Alter von 45 Jahren im Angebot der Gesetzlichen Krankenversicherung enthalten. Neu ist, dass Frauen und Männern Früherkennungsuntersuchungen für Krebserkrankungen der Haut ab dem Alter von 35 Jahren alle zwei Jahre angeboten werden. Unverändert wird zur Früherkennung von Krebs des Rektums und des übrigen Dickdarms ab dem Alter von 50 Jahren jährlich ein Test auf Okkultblut (versteckte Blutbeimengungen im Stuhl) eingesetzt (G-BA 2011). Ab 55 Jahren gibt es alternativ zum dann alle zwei Jahre angebotenem Okkultbluttest die Möglichkeit einer präventiven Darmspiegelung (Koloskopie), die bei unauffälligem Befund nach 10 Jahren wiederholt werden kann. Neben dem Mammographie-Screening (seit 2004) gehören die Früherkennungs-Koloskopie (seit 2002) und das Hautkrebs-Screening (seit 2008) zu den neuen bzw. aktuell erweiterten Krebsfrüherkennungsmaßnahmen. Die Akzeptanz durch die Bevölkerung ist von entscheidender Bedeutung für den Nutzen dieser Programme, denn der Erfolg der Krebsfrüherkennung – im Sinne einer Senkung der Krankheitsbelastung und Sterblichkeit – hängt ganz wesentlich von der Teilnahmebereitschaft der entsprechenden Zielgruppen in der Bevölkerung ab.

Im vorliegenden Beitrag werden Informationen zum Inanspruchnahmeverhalten von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen mit den Daten des bevölkerungsweiten Surveys »Gesundheit in Deutschland aktuell 2010« (GEDA 2010) dargestellt. Es soll dabei der Frage nachgegangen werden, in welchem Umfang die verschiedenen Angebote zur Krebsfrüherkennung, die im Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung enthalten sind, bekannt sind und genutzt werden. Des Weiteren interessiert die Frage, ob sich die Teilnehmerinnen und Teilnehmer von Krebsfrüherkennungsmaßnahmen ausreichend über den Nutzen und die Risiken der jeweiligen Untersuchung informiert fühlen und welche Gründe ggf. gegen eine Teilnahme sprechen. Im Fokus der Analysen stehen auch Determinanten, die eine Teilnahme beeinflussen können: das Geschlecht, das Alter und der Bildungsstand der Befragten.

Methoden

Bei der Studie GEDA 2010 handelt es sich um eine repräsentative Befragung der deutschsprachigen, erwachsenen Wohnbevölkerung in Privathaushalten, die über einen Festnetzanschluss verfügt. Die Befragung wurde zwischen September 2009 und Juli 2010 vom Robert Koch-Institut durchgeführt. Insgesamt wurden 22.050 Menschen zu ihrem Gesundheitszustand und ihrem Gesundheitsver-

halten telefonisch befragt. Die im Rahmen des Gesundheitsmonitorings regelmäßig wiederholte GEDA-Studie ist auf die kontinuierliche Beobachtung von Entwicklungen im Krankheitsgeschehen und im Gesundheits- und Risikoverhalten ausgerichtet und soll dazu beitragen, der Gesundheitsberichterstattung sowie der Gesundheitspolitik zeitnah entsprechende Informationen zur Identifizierung von Gesundheitstrends in der Bevölkerung und in Bevölkerungsgruppen zu liefern.

Damit die Ergebnisse der Studie repräsentativ für die erwachsene Wohnbevölkerung sind, wurden die Auswertungen mit einem Gewichtungsfaktor durchgeführt, der Abweichungen der Nettostichprobe von der Bevölkerungsstruktur hinsichtlich Alter, Geschlecht, Region und Bildungsstatus ausgleicht. Die statistische Auswertung wurde mit SPSS Version 18 vorgenommen. Die Berechnung der Konfidenzintervalle erfolgte mit dem Verfahren für komplexe Stichproben von PASW Statistics Version 18.0 (SPSS). Eine detaillierte Beschreibung des methodischen Vorgehens findet sich in Abschnittl 7 »Darstellung der methodischen Vorgehensweise« dieser Veröffentlichung.

In die Erhebung GEDA 2010 war ein Modul zur Krebsfrüherkennung integriert, das Fragen zu Krebsfrüherkennungsuntersuchungen allgemein sowie zur Haut- und Darmkrebs-Früherkennung (Dickdarmkrebs) beinhaltete. Neben der Kenntnis des jeweiligen Angebotes wurden die subjektive Informiertheit über Nutzen und Risiken der jeweiligen Untersuchung sowie ggf. die Gründe für die Nicht-Teilnahme erfragt. Die Fragen richteten sich an die gemäß des Leistungskatalogs der Gesetzlichen Krankenversicherung anspruchsberechtigten Personen (G-BA 2011). Außerdem wurden alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Studie zu ihrer Meinung bezüglich eines möglichen Erinnerungssystems für Krebsfrüherkennungsuntersuchungen befragt. Die folgenden Variablen wurden in die Auswertungen einbezogen.

Krebsfrüherkennungsuntersuchungen allgemein

Die Fragen zur Krebsfrüherkennung allgemein wurde an Frauen ab 20 Jahren und Männer ab 35 Jahren gestellt und mit einem kurzen Text eingeleitet: »Die Krankenkassen empfehlen auch die Teilnahme an Krebsfrüherkennungs- oder Krebsvorsorge-Untersuchungen.« Im Anschluss wurde gefragt, ob ein solches Angebot jemals in Anspruch genommen wurde und wenn ja, ob dies auch in den letzten 12 Monaten der Fall war.

Hautkrebs-Früherkennung

Daran schlossen sich die Fragen zum Hautkrebs-Screening an, die ebenfalls einleitend erläutert wurden: »Zu den empfohlenen Krebsfrüherkennungsuntersuchungen gehört seit 1. Juli 2008 auch eine Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs, das sogenannte Hautkrebs-Screening. Wenn Sie gesetzlich versichert und 35 Jahre oder älter sind, übernimmt ihre Krankenkasse alle zwei Jahre die Kosten dafür.« Zunächst interessierte, ob den Befragten ab 35 Jahren das Angebot bekannt ist und wenn ja, wie sie auf das Angebot aufmerksam wurden. Dabei standen verschiedene Antwortmöglichkeiten zur Auswahl: »durch einen Arzt«, »Krankenkasse«, »Apotheke«, »Bücher oder Zeitschriften«, »Rundfunk oder Fernsehen«, »Broschüren oder Plakate«, »Internet«, »Familienangehörige, Freunde oder Bekannte«, »von Krebs Betroffene«, »sonstiges«. Mehrfachantworten waren möglich.

Danach wurden die Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer gefragt, ob bei ihnen schon einmal eine Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs durchgeführt wurde, ggf. der Zeitpunkt der letzten Untersuchung und ob sie vor der Untersuchung über die Sicherheit des Untersuchungsergebnisses sowie die Folgen eines positiven Befundes aufgeklärt wurden. Personen, die eine Teilnahme an einer Hautkrebs-Früherkennungsuntersuchung verneint hatten, wurden zu den Gründen dafür befragt. Auch hier waren Mehrfachantworten möglich: »weil ich nichts darüber wusste«, »weil ich es persönlich nicht für notwendig halte«, »weil ich Angst vor der Untersuchung habe«, »weil es mir unangenehm ist«, »weil ich Angst vor einer möglichen Krebsdiagnose habe«, »weil ich keine Zeit hatte«, »weil ich keine Hautveränderungen habe«, »weil ich sowieso nie zum Arzt gehe«, »weil ich die Früherkennung grundsätzlich ablehne«, »sonstiges«.

Darmkrebs-Früherkennung (Koloskopie)

An den Fragenkomplex zum Hautkrebs-Screening schlossen sich Fragen zur Darmkrebs-Früherkennung an, die mit folgendem Text eingeleitet wurden: »Für Personen ab 55 Jahren ist es möglich, eine sogenannte Darmspiegelung, das ist eine Krebsfrüherkennungsuntersuchung des Dickdarms, auf Kosten der gesetzlichen Krankenversicherung durchführen zu lassen. Eine zweite Früherkennungs-Untersuchung kann frühestens 10 Jahre später vorgenommen werden.« Auch hier wurden die Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer (ab 55 Jahren) zunächst gefragt, ob ihnen das Angebot bekannt sei. Wenn sie diese Frage bejahten, wurde gefragt, wie sie auf das Angebot aufmerksam wurden (Antwortkategorien wie bei der Hautkrebs-Früherkennung). Anschließend sollten die Befragten angeben, ob bei ihnen schon einmal eine Darmspiegelung durchgeführt wurde und

wenn ja, den Zeitpunkt der letzten Untersuchung sowie den Anlass für diese Untersuchung. Dabei konnte aus folgenden Antwortoptionen gewählt werden: »Teilnahme an einer Krebsfrüherkennungsuntersuchung, ohne selbst Beschwerden im Darmbereich zu haben«, »Untersuchung aufgrund bestehender Beschwerden bzw. Symptome im Darmbereich (Schmerzen, Durchfall, Blut im Stuhl)«, »Untersuchung im Zusammenhang mit einer anderen Erkrankung«, »im Rahmen der Nachsorge«, »sonstiges«. Anschließend sollten die Befragten einschätzen, ob sie aus ihrer Sicht ausreichend darüber aufgeklärt wurden, wie die Untersuchung durchgeführt wird, was sie dabei beachten müssen und mit welchen Risiken die Untersuchung verbunden sein kann. Zudem wurde gefragt, ob »vor der Untersuchung erklärt wurde, was passieren würde, wenn sich nach einer Gewebeentnahme ein Verdacht auf Darmkrebs ergeben sollte«. Die Nicht-Teilnehmer wurden nach ihren Gründen dafür gefragt (Antwortkategorien wie bei der Hautkrebs-Früherkennung).

Erinnerungssystem
Die Frage »Würden Sie es begrüßen, wenn Sie einmal jährlich auf den nächstmöglichen Termin für eine Krebsfrüherkennungsuntersuchung oder einen Gesundheits-Check-Up ganz unverbindlich aufmerksam gemacht werden, z. B. mit einem Brief von Ihrem Hausarzt oder von Ihrer Krankenkasse?« sollte die Einschätzungen zu einem möglichen Erinnerungssystems erfassen.

Soziodemografische Angaben
Das Alter der Befragten wurde in den folgenden Auswertungen zur besseren Übersicht entsprechend ihres Anspruchs folgendermaßen gruppiert: 20 bis 34 Jahre, 35 bis 44 Jahre, 45 bis 54 Jahre, 55 bis 64 Jahre sowie 65 Jahre und älter.

Weil aus den bisherigen Forschungsergebnissen zur Inanspruchnahme der Krebsfrüherkennung bekannt ist, dass sozioökonomische Variablen einen Einfluss haben können (Scheffer et al. 2006; RKI 2009), wurde in den folgenden Auswertungen auch die Variable Bildung berücksichtigt, die als Indikator für den sozioökonomischen Status gilt. Die schulische und berufliche Bildung der Befragten wurde entsprechend der ISCED-Klassifikation (International Standard Classification of Education) berechnet und drei Qualifikationsniveaus zugeordnet: untere, mittlere und obere Bildungsgruppe (UNESCO 1997; Schroedter et al. 2006).

Ergebnisse

Krebsfrüherkennungsuntersuchungen allgemein
Über zwei Drittel der Anspruchsberechtigten (Frauen ab 20 Jahren, Männer ab 35 Jahren) gaben an, jemals eine Krebsfrüherkennungsuntersuchung in Anspruch genommen zu haben (68,5 %). Der Anteil liegt bei den Frauen mit 79,9 % deutlich über dem der Männer mit 53,0 %. Anteilig nutzten vor allem die Frauen zwischen 35 und 65 Jahren das Angebot. Bei den Männern ist eine kontinuierliche Zunahme mit dem Alter zu verzeichnen. Bei den Frauen lässt sich ein signifikanter Einfluss der Bildung auf die Inanspruchnahme beobachten, wobei der Anteil von Frauen der oberen Bildungsgruppe am größten war. Ein Bildungsgradient dieser Richtung zeigt sich tendenziell auch bei den Männern. Bezogen auf diejenigen, die angaben, jemals eine Krebsfrüherkennung in Anspruch genommen zu haben, nahm die Mehrzahl der Frauen und Männer (auch) in den letzten 12 Monaten an einer Früherkennungsuntersuchung teil (73,7 %). Hinsichtlich Alter zeigt sich bei diesem Bezug, dass anteilig die meisten Frauen in der jüngsten Altersgruppe (20 bis 34 Jahre) und die wenigsten Frauen ab 65 Jahren an einer Krebsfrüherkennung in den letzten 12 Monaten teilnahmen. Bei den Männern zeigt sich eine

Tabelle 3.1
Inanspruchnahme von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen (KFE)
Angaben in Prozent der befragten Frauen ab 20 Jahren und Männer ab 35 Jahren

		jemals Teilnahme an KFE	
		%	(95 %-KI)
Gesamt (Frauen und Männer)		**68,5**	**(67,6–69,4)**
Frauen gesamt		**79,9**	**(78,9–80,9)**
Alter:	20–34 Jahre	64,9	(62,6–67,1)
	35–44 Jahre	84,6	(82,7–86,4)
	45–54 Jahre	87,3	(85,4–88,9)
	55–64 Jahre	89,0	(86,9–90,8)
	ab 65 Jahre	78,0	(75,5–80,3)
Bildung:	Untere Bildungsgruppe	73,3	(70,3–76,1)
	Mittlere Bildungsgruppe	80,8	(79,7–81,9)
	Obere Bildungsgruppe	87,0	(85,8–88,1)
Männer gesamt		**53,0**	**(51,5–54,6)**
Alter:	35–44 Jahre	25,4	(23,0–27,9)
	45–54 Jahre	50,1	(47,2–53,0)
	55–64 Jahre	67,3	(64,0–70,5)
	ab 65 Jahre	71,7	(68,7–74,5)
Bildung:	Untere Bildungsgruppe	43,5	(37,1–50,2)
	Mittlere Bildungsgruppe	52,2	(50,1–54,2)
	Obere Bildungsgruppe	58,2	(56,5–59,9)

Zunahme mit dem Alter. Wenn die Prävalenz der Teilnahme an einer Krebsfrüherkennung in den letzten 12 Monaten bezogen auf alle Anspruchsberechtigten betrachtet wird, dann nahmen 61,2 % der Frauen und nur 35,2 % Männer dieses Angebot wahr (Daten nicht gezeigt).

Hautkrebs-Früherkennung

Etwa die Hälfte der Anspruchsberechtigten (ab 35 Jahren) gab an, das Angebot zum Hautkrebs-Sreening zu kennen (52,4 %). Der Anteil ist bei den Frauen etwas größer als bei den Männern. Es zeigt sich eine Zunahme des Bekanntheitsgrades mit steigendem Alter der Befragten. Die Kenntnis des Angebotes ist in den unteren Bildungsgruppen weniger verbreitet als in den mittleren und oberen Bildungsgruppen (siehe Tabelle 3.2).

Tabelle 3.2
Kenntnis des Angebotes zur Hautkrebs-Früherkennung (Haut-KFE)
Angaben in Prozent der Befragten ab 35 Jahren

		Haut-KFE bekannt	
		%	(95 %-KI)
Gesamt (Frauen und Männer)		**52,4**	**(51,4–53,4)**
Frauen gesamt		**55,6**	**(54,2–57,0)**
Alter:	35–44 Jahre	51,1	(48,7–53,5)
	45–54 Jahre	54,2	(51,8–56,6)
	55–64 Jahre	60,3	(57,4–63,1)
	ab 65 Jahre	57,0	(54,2–59,8)
Bildung:	Untere Bildungsgruppe	48,7	(45,1–52,4)
	Mittlere Bildungsgruppe	58,0	(56,5–59,6)
	Obere Bildungsgruppe	59,0	(57,3–60,8)
Männer gesamt		**48,9**	**(47,4–50,5)**
Alter:	35–44 Jahre	39,9	(37,1–42,7)
	45–54 Jahre	44,2	(41,4–47,1)
	55–64 Jahre	52,7	(49,3–56,0)
	ab 65 Jahre	59,1	(56,0–62,2)
Bildung:	Untere Bildungsgruppe	38,1	(31,9–44,8)
	Mittlere Bildungsgruppe	50,1	(48,1–52,2)
	Obere Bildungsgruppe	50,9	(49,2–52,7)

Danach befragt, wie diejenigen, denen das Angebot bekannt ist, auf das Angebot aufmerksam wurden, gab die Mehrzahl verschiedene Medien als Informationsquelle an, gefolgt von Mitarbeitern und Einrichtungen des Gesundheitssystems (Mehrfachantworten waren möglich). Vor allem Ärzte und Bücher/Zeitschriften sind demnach wichtige Quellen für Informationen über die Hautkrebs-Früherkennung (siehe Tabelle 3.3).

Tabelle 3.3
Informationsquellen zum Angebot der Hautkrebs-Früherkennung
Befragte ab 35 Jahren, die das Angebot der Hautkrebs-Früherkennung kennen (Mehrfachantworten möglich)

Informationsquellen		%
Gesundheitssystem	Arzt	40,4
	Krankenkasse	19,2
	Apotheke	4,2
Medien	Bücher/Zeitschriften	32,9
	Internet	2,9
	Rundfunk/TV	18,8
	Broschüren/Plakate	14,2
Persönliche Kontakte	Familie, Freunde	21,5
	Krebs-Betroffene	4,3
Sonstiges		5,6

Signifikante Unterschiede zwischen den Geschlechtern zeigen sich dabei nicht, lediglich etwas mehr Frauen als Männer nutzen Bücher und Zeitschriften als Informationsquelle. Hinsichtlich des Alters zeigt sich, dass vor allem ältere Frauen ab 45 Jahren, diese Informationsquelle angaben. Bei Ärzten als Informationsquelle zeigen sich keine Alterseffekte bei den Frauen. Bei den Männern zeigt sich in keiner Kategorie ein Unterschied hinsichtlich der Altersverteilung (Daten nicht gezeigt).

Von den anspruchsberechtigten Personen gibt ein Drittel an, dass bei ihnen schon einmal eine Hautkrebs-Früherkennungsuntersuchung durchgeführt wurde. Es bestehen kaum Unterschiede zwischen Frauen und Männern. Diese Maßnahme wurde von Frauen aller Altersgruppen gleichermaßen genutzt. Bei den Männern ist dagegen der Anteil derjenigen, die bereits eine Hautkrebs-Früherkennungsuntersuchung durchführen ließen, in der Altersgruppe ab 65 Jahren am höchsten. Zudem wurde das Angebot anteilig von mehr Frauen und Männern aus der oberen Bildungsgruppe als von weniger Gebildeten in Anspruch genommen (siehe Tabelle 3.4).

Tabelle 3.4
Inanspruchnahme der Hautkrebs-Früherkennung (Haut-KFE)
Angaben in Prozent der Befragten ab 35 Jahren

		jemals Teilnahme Haut-KFE	
		%	(95 %-KI)
Gesamt (Frauen und Männer)		**33,4**	**(32,4–34,3)**
Frauen gesamt		**32,9**	**(31,6–34,1)**
Alter:	35–44 Jahre	34,2	(32,1–36,4)
	45–54 Jahre	33,5	(31,3–35,7)
	55–64 Jahre	34,9	(32,3–37,7)
	ab 65 Jahre	30,5	(28,1–33,1)
Bildung:	Untere Bildungsgruppe	25,2	(22,2–28,5)
	Mittlere Bildungsgruppe	34,6	(33,1–36,1)
	Obere Bildungsgruppe	40,1	(38,4–41,9)
Männer gesamt		**33,9**	**(32,5–35,4)**
Alter:	35–44 Jahre	27,5	(25,1–30,1)
	45–54 Jahre	30,4	(27,8–33,0)
	55–64 Jahre	32,3	(29,4–35,3)
	ab 65 Jahre	44,2	(41,1–47,3)
Bildung:	Untere Bildungsgruppe	24,6	(19,3–30,7)
	Mittlere Bildungsgruppe	31,8	(29,9–33,8)
	Obere Bildungsgruppe	41,3	(39,6–43,1)

Diejenigen, die bereits an einer Hautkrebs-Früherkennungsuntersuchung teilgenommen hatten, wurden danach befragt, ob ihnen die Sicherheit des Untersuchungsergebnisses erläutert wurde. Nur etwas weniger als die Hälfte der Befragten (47,8 %) gab an, darüber aufgeklärt worden zu sein. Ebenfalls gab nur rund die Hälfte der Befragten (49,0 %) an, dass ihnen vor der Untersuchung erklärt wurde, was passieren würde, sollte sich ein Verdacht auf Hautkrebs ergeben.

Im Juli 2008 wurde das sogenannte Hautkrebs-Screening als Regelleistung der GKV eingeführt. Nach dem Zeitpunkt der letzten Untersuchung befragt, wurde deutlich, dass 25,5 % der Befragten, die ein Jahr angegeben haben, bereits vor dem Jahr 2008 eine Untersuchung durchführen ließen. Seit dem Jahr 2008 nahm etwa ein Viertel aller Anspruchsberechtigten, also derjenigen, die im Jahr 2008 35 Jahre und älter waren, an dieser Früherkennungsmaßnahme teil (23,5 %).

Diejenigen, bei denen (noch) keine Hautkrebs-Früherkennungsuntersuchung durchgeführt wurde, wurden nach den Gründen für ihre Nicht-Teilnahme befragt. Die Mehrzahl der Befragten gab an, keine Hautveränderungen zu haben (45,2 %), gefolgt von Unkenntnis des Angebotes (41,7 %). Ein Drittel der Befragten war der Ansicht, dass eine Hautkrebs-Früherkennung nicht notwendig sei (26,7 %) (siehe Tabelle 3.5).

Tabelle 3.5
Gründe für die Nicht-Teilnahme an der Hautkrebs-Früherkennung
Angaben in Prozent der Befragten ab 35 Jahren, die noch keine Hautkrebs-Früherkennungsuntersuchung in Anspruch genommen haben (Mehrfachantworten möglich)

Gründe	%
Weil ich nichts darüber wusste	41,7
Weil ich es persönlich nicht für notwendig halte	26,7
Weil ich Angst vor der Untersuchung habe	1,6
Weil es mir unangenehm ist	1,5
Weil ich Angst vor einer möglichen Krebsdiagnose habe	3,2
Weil ich keine Zeit hatte	10,7
Weil ich keine Hautveränderungen habe	45,2
Weil ich sowieso nie zum Arzt gehe	4,5
Weil ich die Früherkennung grundsätzlich ablehne	1,1
Sonstiges	8,2

Darmkrebs-Früherkennung (Koloskopie)

Von den anspruchsberechtigten Personen ab 55 Jahren ist der überwiegenden Mehrheit (86,4 %) das Angebot der Krebsfrüherkennungsuntersuchung des Dickdarms bekannt (Früherkennungs-Koloskopie). Der Anteil unterscheidet sich bei Frauen und Männern und ist zudem bei Männern der unteren Bildungsgruppen tendenziell niedriger (siehe Tabelle 3.6).

Tabelle 3.6
Kenntnis des Angebotes zur Darmkrebs-Früherkennung
Angaben in Prozent der Befragten ab 55 Jahren

		Darmspiegelung bekannt	
		%	(95 %- KI)
Gesamt (Frauen und Männer)		**86,4**	**(85,3–87,4)**
Frauen gesamt		**88,4**	**(87,0–89,7)**
Alter:	55–64 Jahre	90,1	(88,2–91,7)
	ab 65 Jahre	87,5	(85,6–89,3)
Bildung:	Untere Bildungsgruppe	87,1	(83,9–89,7)
	Mittlere Bildungsgruppe	89,0	(87,5–90,3)
	Obere Bildungsgruppe	90,2	(88,5–91,7)
Männer gesamt		**83,9**	**(82,1–85,6)**
Alter:	55–64 Jahre	82,3	(79,6–84,7)
	ab 65 Jahre	85,0	(82,5–87,2)
Bildung:	Untere Bildungsgruppe	77,3	(67,9–84,6)
	Mittlere Bildungsgruppe	84,9	(82,6–87,0)
	Obere Bildungsgruppe	84,8	(82,9–86,4)

Danach befragt, wie diejenigen, denen das Angebot bekannt ist, auf das Angebot aufmerksam wurden, gab die Mehrzahl der Befragten Mitarbeiter und Einrichtungen des Gesundheitssystems als Informationsquelle an, gefolgt von verschiedenen Medien.

Jeder dritte Befragte nutzte persönliche Kontakte zur Information über die Früherkennungs-Darmspiegelung (Mehrfachantworten waren möglich) (siehe Tabelle 3.7). Bei Ärzten und Büchern/Zeitschriften als Informationsquellen zeigen sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Geschlechts- und Altersgruppen. Auch bei der Nennung von Familie bzw. Freunden als Informationsquelle gibt es keine Geschlechtsunterschiede. Allerdings war der Anteil älterer Männer kleiner als der jüngerer, die den privaten Kreis als wichtige Informationsquelle nannten (Daten nicht gezeigt).

Tabelle 3.7
Informationsquellen zum Angebot der Darmkrebs-Früherkennung
Angaben in Prozent der Befragten ab 55 Jahren, die das Angebot der Darmkrebs-Früherkennung kennen (Mehrfachantworten möglich)

Informationsquellen		%
Gesundheitssystem	Arzt	61,9
	Krankenkasse	9,8
	Apotheke	3,1
Medien	Bücher/Zeitschriften	22,3
	Internet	1,4
	Rundfunk/TV	17,2
	Broschüren/Plakate	9,4
Persönliche Kontakte	Familie, Freunde	25,1
	Krebs-Betroffene	5,8
Sonstiges		5,5

Von den anspruchsberechtigten Personen geben über die Hälfte an, dass bei ihnen schon einmal eine Darmspiegelung durchgeführt wurde. Es bestehen kaum Unterschiede zwischen Frauen und Männern. Hinsichtlich des Bildungsstandes gab es bei den Frauen keine Unterschiede. Bei Männern zeigt sich hingegen, dass bei den am besten Gebildeten der Anteil derer, die von einer Darmspiegelung berichten, deutlich höher ist als in den Vergleichsgruppen (siehe Tabelle 3.8).

Nach dem Zeitpunkt der letzten Darmspiegelung befragt, gab die Mehrheit der Befragten (88,8 %), die ein Jahr angegeben haben, eine Untersuchung im Zeitraum ab dem Jahr 2002 an. In diesem Jahr wurde die Koloskopie als Früherkennungsmaßnahme in den Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung aufgenommen. Seit diesem Jahr nahm etwa die Hälfte aller Anspruchsberechtigten, also derjenigen, die im Jahr 2002 55 Jahre und älter waren, an dieser Früherkennungsmaßnahme teil (49,3 %).

Beim größten Teil der Personen, die angaben, schon einmal eine Darmspiegelung gehabt zu haben, wurde diese präventiv, also im Rahmen der Krebsfrüherkennung durchgeführt (41,2 %).

Tabelle 3.8
Inanspruchnahme einer Darmspiegelung (verschiedene Anlässe, u. a. KFE)
Angaben in Prozent der Befragten ab 55 Jahren

		jemals Teilnahme Darmspiegelung	
		%	(95 %-KI)
Gesamt (Frauen und Männer)		**58,1**	**(56,6–59,6)**
Frauen gesamt		**57,5**	**(55,4–59,6)**
Alter:	55–64 Jahre	53,0	(50,1–55,8)
	ab 65 Jahre	59,8	(57,0–62,5)
Bildung:	Untere Bildungsgruppe	57,1	(52,7–61,4)
	Mittlere Bildungsgruppe	57,8	(55,5–60,0)
	Obere Bildungsgruppe	57,9	(55,1–60,7)
Männer gesamt		**58,9**	**(56,6–61,2)**
Alter:	55–64 Jahre	50,0	(46,7–53,4)
	ab 65 Jahre	64,9	(61,8–67,8)
Bildung:	Untere Bildungsgruppe	57,7	(47,7–67,1)
	Mittlere Bildungsgruppe	56,6	(53,5–59,7)
	Obere Bildungsgruppe	63,6	(61,2–65,9)

Es wurden aber auch andere Gründe für eine Teilnahme genannt. Eine Darmspiegelung aufgrund bestehender Beschwerden bzw. Symptome im Darmbereich (Schmerzen, Durchfall, Blut im Stuhl) gaben 35,4 % an. 12,3 % hatten diese Untersuchung im Zusammenhang mit einer anderen Erkrankung vornehmen lassen, 7,4 % im Rahmen der Nachsorge. Sonstige Gründe für die Darmspiegelung wurden von 3,6 % der Befragten angegeben.

Fast alle Personen, die eine Darmspiegelung durchführen ließen, fühlten sich über die Durchführung der Untersuchung ausreichend aufgeklärt (95,9 %). Über die Risiken der Untersuchung fühlten sich dagegen nur 77,7 % aufgeklärt. 63,3 % gaben an, dass ihnen vor der Untersuchung erklärt wurde, was passieren würde, sollte sich ein Verdacht auf Darmkrebs ergeben.

Diejenigen, bei denen (noch) keine Darmspiegelung durchgeführt wurde, wurden nach den Gründen für die Nicht-Teilnahme befragt. Die Mehrzahl der Befragten gab an, keine Darmprobleme zu haben (58,0 %), gefolgt von der Ansicht, dass die Untersuchung aus ihrer Sicht nicht notwendig (30,6 %) und/oder unangenehm sei (21,4 %) (siehe Tabelle 3.9).

Tabelle 3.9
Gründe für Nicht-Teilnahme an einer Darmspiegelung
Angaben in Prozent der Befragten ab 55 Jahren, die noch keine Darmspiegelung hatten (Mehrfachantworten möglich)

Gründe	%
Weil ich nichts darüber wusste	7,6
Weil ich es persönlich nicht für notwendig halte	30,6
Weil ich Angst vor der Untersuchung habe	16,7
Weil es mir unangenehm ist	21,4
Weil ich Angst vor einer möglichen Krebsdiagnose habe	5,7
Weil ich keine Zeit hatte	5,5
Weil ich keine Probleme mit dem Darm habe	58,0
Weil ich sowieso nie zum Arzt gehe	3,7
Weil ich die Früherkennung grundsätzlich ablehne	2,3
Sonstiges	8,9

Erinnerungssystem
82,5 % der Befragten würde es begrüßen, wenn sie durch ein Erinnerungssystem, z. B. durch einen Brief vom Hausarzt oder der Krankenkasse, auf die jeweils anstehenden Früherkennungsuntersuchungen aufmerksam gemacht würden. Frauen und Männer würden eine solche termingerechte, unverbindliche Information gleichermaßen stark begrüßen. Bedeutende Unterschiede hinsichtlich Alters- und Bildungsgruppen zeigen sich dabei nicht.

Zusammenfassung und Diskussion

Über zwei Drittel der in GEDA 2010 Befragten im anspruchsberechtigten Alter geben an, das Angebot einer Krebsfrüherkennung (allgemein) bereits genutzt zu haben. Es zeigen sich allerdings Unterschiede zwischen den Geschlechtern und hinsichtlich der Altersverteilung. So nehmen insgesamt mehr Frauen als Männer Angebote zur Krebsfrüherkennung in Anspruch. Dies ist auch aus anderen Untersuchungen bekannt (Übersicht bei Scheffer et al. 2006) und wird zum Teil damit begründet, dass Frauen regelmäßiger zum Arzt gehen als Männer. Vor allem im gebärfähigen Alter werden Frauenärzte u. a. im Rahmen der Familienplanung und Schwangerschaft turnusmäßig aufgesucht. Bei diesen Arztterminen werden auch gynäkologische Krebsfrüherkennungsuntersuchungen durchgeführt. In GEDA 2010 zeigt sich zumindest bei den Frauen, die schon jemals eine Krebsfrüherkennung in Anspruch genommen haben ab dem Alter von 65 Jahren eine deutliche Abnahme der 12-Monats-Prävalenz der Inanspruchnahme gegenüber den jüngeren Frauen. Im Gegensatz zu Frauen haben Männer keinen derartigen Anlass, ohne Symptome regelmäßig eine Ärztin oder einen Arzt aufzusuchen (Scheffer et al. 2006), und werden, weil die Krebsfrüherkennung an die vertragsärztliche Versorgung angebunden ist, nicht so gut erreicht. Dies wird auch durch die in GEDA ermittelte Altersverteilung der Teilnehmer an der Krebsfrüherkennung gestützt, wonach bei den Männern eine Zunahme der Inanspruchnahme mit dem Alter zu verzeichnen ist. Dies ist sowohl bei der Lebenszeit- als auch der 12-Monats-Prävalenz der Inanspruchnahme der Fall. Die Steigerung bei den Männern könnte mit der Zunahme von Beschwerden mit steigendem Alter zusammenhängen, die zu einer Zunahme der Arztkontakte führt und somit die Wahrscheinlichkeit der Teilnahme an einer Krebsfrüherkennung bei den Männern erhöht (Scheffer et al. 2006; Bergmann et al. 2005).

Schätzungen zur jährlichen Beteiligung an Krebsfrüherkennungsmaßnahmen anhand von Abrechnungsdaten der Gesetzlichen Krankenversicherung werden vom Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung (ZI) vorgenommen und liegen für das Jahr 2010 vor. Auch hier finden sich geschlechts- und altersspezifische Unterschiede in den Beteiligungsraten. Diese liegen für die Frauen bei 48,3 %, für die Männer 24,2 % und damit deutlich niedriger als die Beteiligungsraten, die anhand der GEDA 2010-Daten ermittelt wurden (ZI 2011a). Nach den Auswertungen des ZI liegt bei Frauen die Beteiligung an der Krebsfrüherkennung bis zum Alter von 54 Jahren bei über 50 % und sinkt dann tendenziell. Bei Männern steigt Beteiligung an der Krebsfrüherkennung mit dem Alter (bis 69 Jahre), was sich für die Teilnahme in den letzten 12 Monaten auch mit den GEDA 2010-Daten zeigt. Warum die Schätzungen des Zentralinstituts für die Kassenärztliche Versorgung mit den Befragungsdaten aus GEDA nicht vollständig übereinstimmen, kann verschiedene Ursachen haben. Zum einen ist es möglich, dass die Befragten nicht genau wissen, ob eine Krebsfrüherkennung durchgeführt wurde, z. B. wenn sie bei Frauen im Rahmen von gynäkologischen Untersuchungen erfolgte. Andererseits könnte in der persönlichen Befragung eher das sozial erwünschte Verhalten berichtet worden sein. Denkbar ist auch, dass Personen, die an ihrer Gesundheit interessiert sind und Früherkennungsangebote wahrnehmen, sich verstärkt an Gesundheitsbefragungen beteiligen. Außerdem sind die Patientinnen und Patienten, deren Daten das Zentralinstitut auswertet, gesetzlich versichert, Privatversicherte sind nicht enthalten. Die Abrechnungsdaten des Zentralinstituts für die Kassenärztliche Versorgung ermöglichen außerdem eine Trennung von »reinen« Früherkennungsuntersuchungen und ergänzenden

Untersuchungen auf krankhafte Gewebeveränderungen, die Abklärung von Screening-Befunden (Mammographien) und ähnlichen unmittelbaren Folgemaßnahmen, die bei der Berechnung der Krebsfrüherkennungs-Teilnahmeraten des ZI nicht eingeschlossen werden (ZI 2011b).

Bei der Hautkrebs-Früherkennung, die im Jahr 2008 als Regelleistung der Gesetzlichen Krankenversicherung für Versicherte ab 35 Jahren eingeführt wurde, gibt die Hälfte der in GEDA 2010 befragten Frauen und Männer an, dieses Angebot zu kennen. Eine Untersuchung der Stiftung LebensBlicke e. V. in Kooperation mit dem Allensbach Institut für Demoskopie ermittelte einen Bekanntheitsgrad der Hautkrebs-Früherkennung (bei einer von GEDA 2010 abweichenden Fragestellung) von 63,9 % im Jahr 2008 und 75,4 % im Jahr 2010 (Wuppermann et al. 2009; Wuppermann 2011). Bei der Frage nach den Informationsquellen für diese relativ neu eingeführte Krebsfrüherkennungsuntersuchung zeigt sich in GEDA 2010 die große Bedeutung der Ärzteschaft als Vermittler von Gesundheitsinformationen. Auch aus anderen Untersuchungen ist bekannt, dass die ärztliche Empfehlung ein wichtiger Einflussfaktor für die Inanspruchnahme von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen ist (Sieverding et al. 2008). Bei der Inanspruchnahme zeigt sich in der GEDA-Befragung, dass ein Drittel der Befragten bereits eine Hautkrebs-Früherkennungsuntersuchung durchführen ließ, wobei kaum Unterschiede zwischen Frauen und Männern bestehen. Bei den Männern ist eine Zunahme mit dem Alter zu verzeichnen, wobei auch hier die oben genannten Gründe dafür ausschlaggebend sein dürften. Seit 2008 nahm etwa ein Viertel der Anspruchsberechtigten diese Früherkennungsmaßnahme wahr. Im Zeitverlauf zeigt sich eine Zunahme der Inanspruchnahme seit dem Jahr 2008. Ob dies Erinnerungseffekten – kürzer zurückliegende Ereignisse werden besser erinnert – geschuldet ist oder ob es sich um eine echte Zunahme der Teilnahmeraten handelt, kann hierbei aber nicht beurteilt werden. Auch kann über die Regelmäßigkeit der Inanspruchnahme der Früherkennungsmaßnahmen mit den Daten aus GEDA 2010 keine Aussage gemacht werden.

Auffällig ist der geringe Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, der angibt, über die Sicherheit und mögliche Folgen eines positiven Untersuchungsergebnisses aufgeklärt worden zu sein. Dieses Ergebnis kann einerseits bedeuten, dass die Teilnehmer des Hautkrebs-Screening diese Informationen nicht erhalten haben bzw. nicht als solche verstanden haben. Andererseits haben sie diese Aspekte offenbar auch nicht von sich aus im Arzt-Patienten-Gespräch vor der Untersuchung angesprochen. Informationsdefizite sind auch einer der am häufigsten genannten Gründe für eine Nicht-Teilnahme an der Früherkennung. Viele wussten nichts von diesem Angebot, und für einen großen Teil der Befragten sind »keine sichtbaren Hautveränderungen« der Grund, von einer professionellen Untersuchung abzusehen. Neben der Aufgabe und dem Nutzen der Hautkrebs-Früherkennung scheinen auch die große Häufigkeit und die Risiken von Hautkrebs noch nicht ausreichend bekannt zu sein.

Der Mehrheit der in GEDA 2010 Befragten (insgesamt 86,4 %) ist die Darmspiegelung als Krebsfrüherkennungsuntersuchung bekannt. Die Untersuchung der Stiftung LebensBlicke e. V. findet ähnliche Größenordnungen für den Bekanntheitsgrad (85,3 % im Jahr 2008 und 87,9 % im Jahr 2010) (Wuppermann et al. 2009; Wuppermann 2011). Wie beim Hautkrebs-Screening werden in GEDA 2010 Ärzte als wichtigste Informationsquelle genannt, die die Befragten auf das Angebot der Darmspiegelung aufmerksam machten. Dies unterstreicht die aus der Literatur bekannte Rolle der Ärzte bei der Vermittlung von Informationen zur Prävention (Sieverding et al. 2008). Über die Hälfte der Befragten (insgesamt 58,1 %) geben in GEDA 2010 an, dass bei ihnen schon einmal eine Darmspiegelung durchgeführt wurde. Als häufigster Anlass für eine solche Untersuchung wurde die Früherkennung genannt. Die Studie der Stiftung LebensBlicke e. V. findet vergleichbare Ergebnisse für die anspruchsberechtigte Altersgruppe (55,2 % der 55- bis 69-Jährigen, 2010) (Wuppermann et al. 2009; Wuppermann 2011). In GEDA sollten die Befragten auch das Jahr der letzten Koloskopie angeben. Es zeigte sich, dass die Inanspruchnahme seit der Aufnahme der Koloskopie als Früherkennungsuntersuchung im Leistungskatalog der GKV deutlich gestiegen ist. Das Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung schätzt im Vergleich zu GEDA 2010 wesentlich geringere Teilnahmeraten. Die kumulierten Teilnahmeraten (2003 – 2010) für die Anspruchsberechtigten in der Altersgruppe der 55- bis 74-Jährigen werden auf 20,1 % für die Frauen bzw. 18,3 % für die Männer geschätzt. Die in der Zwischenzeit vermuteten Sterbefälle unter den ehemaligen Teilnehmenden sind hierbei bereits berücksichtigt (ZI 2011c). Ursachen für die Unterschiede zwischen Befragungsdaten und den Schätzungen des Zentralinstituts wurden bereits diskutiert. Bei der Darmspiegelung ist insbesondere anzunehmen, dass die Befragten nicht immer wissen, ob es sich bei der Darmspiegelung um eine präventiv oder kurativ durchgeführte Koloskopie handelt, die unterschiedlich abgerechnet werden. Das Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung unterscheidet bei seiner Schätzung zwischen beiden Abrechnungs-

arten. Kurative Koloskopien, z. B. aufgrund unklarer Beschwerden, werden wesentlich häufiger abgerechnet als Früherkennungs-Koloskopien.

Die Mehrheit derjenigen, die bereits eine Darmspiegelung durchführen ließen, fühlten sich laut GEDA 2010 ausreichend über die Durchführung der Untersuchung informiert. Deutlich weniger Befragte gaben jedoch an, über die möglichen Risiken aufgeklärt worden zu sein und darüber, was passieren würde, sollte sich ein Verdacht auf Darmkrebs ergeben. Die Häufigkeitsverteilung ist den Angaben zum Hautkrebs-Screening ähnlich und weist auf Verbesserungsbedarf bei der Information der Teilnehmerinnen und Teilnehmer an Krebsfrüherkennungsuntersuchungen hin. Wie auch beim Hautkrebs-Screening wird bei den beiden häufigsten genannten Gründen für die Nicht-Teilnahme (»keine Darmprobleme« und »Untersuchung nicht notwendig«) deutlich, dass die Häufigkeit und Gefährlichkeit der Erkrankung wie auch die Tatsache, dass sie im Frühstadium gut behandelbar ist, noch nicht ausreichend bekannt sind. Daneben scheint die als unangenehm eingestufte Untersuchung viele Menschen von einer Teilnahme abzuhalten.

Aus zahlreichen bevölkerungsbezogenen Untersuchungen ist bekannt, dass die Risiken für Morbidität und Mortalität eng mit dem sozioökonomischen Status verbunden sind. Ein niedriger Schul- und Berufsabschluss, ein geringes Einkommen und/oder eine ungünstige berufliche Position können das Risiko für zahlreiche Krankheiten und Gesundheitsstörungen erhöhen (Mielck 2000; Lampert, Kroll 2006; Lampert, Kroll 2008). Dies lässt sich im Erwachsenenalter, bei älteren Menschen, aber auch schon bei Kindern, beobachten. Sozial bedingte Ungleichheit wirkt sich auch auf die Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen aus (Mielck 2008). Das betrifft die Nutzung präventiver Leistungen, wie der Krebsfrüherkennung, bei der zum Teil deutliche sozioökonomische Unterschiede sichtbar werden. Frauen und Männer der oberen Bildungsgruppe nehmen das Angebot der Krebsfrüherkennungsuntersuchungen häufiger wahr. Dabei dürften strukturelle Unterschiede in der gesundheitlichen Versorgung (z. B. Rückinger et al. 2008) aber auch andere Ursachen, wie z. B. gruppenspezifische Unterschiede hinsichtlich des Gesundheitswissens und der Nutzung von gesundheitsrelevanten Informationsangeboten, eine Rolle spielen. Personen der niedrigen Sozialstatusgruppe bemühen sich beispielsweise seltener aktiv um Gesundheitsinformationen (Horch, Wirz 2005; Horch et al. 2011).

Die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen, wie der Krebsfrüherkennung, wird durch weitere Faktoren beeinflusst. So sind unter anderem das Vorhandensein eines Hausarztes und die Häufigkeit der Hausarztkontakte (Bergmann et al. 2005; Sieverding et al. 2008) als auch die direkte Empfehlung der Teilnahme an der Krebsfrüherkennung durch einen (Haus)Arzt (Starker et al. 2006) positiv mit der Inanspruchnahme assoziiert. Die familiäre Situation, wie das Leben in Partnerschaft begünstigt ebenfalls eine Teilnahme, während die zeitliche Eingebundenheit in Beruf und/oder Kindererziehung, dazu führen können, dass Maßnahmen der Krebsfrüherkennung seltener wahrgenommen werden (Starker, Saß 2007). Zudem gibt es Hinweise auf den Zusammenhang zwischen Krankenkassenstatus und Inanspruchnahmeverhalten. So nehmen beispielsweise privat versicherte Männer gegenüber gesetzlich versicherten häufiger und regelmäßiger das Angebot der Prostatakarzinom-Früherkennung in Anspruch (Sieverding et al. 2008). Diese und weitere Faktoren wurden auch in GEDA 2010 erfasst und werden in zukünftige Analysen einbezogen.

Vor dem Hintergrund der großen Verbreitung von Krebserkrankungen und auch mit Blick auf den demografischen Wandel und die daraus resultierende, möglicherweise noch steigende Krankheitsbelastung, gewinnen Krebsfrüherkennungsuntersuchungen an Bedeutung. Die Angebote der Krebsfrüherkennung werden von einem Großteil der Bevölkerung genutzt, auch wenn es deutliche Unterschiede in Abhängigkeit von Geschlecht, Alter und Bildungsstand gibt. Die Gründe dafür, warum bestimmte Bevölkerungsgruppen von Früherkennungsmaßnahmen schlechter erreicht werden, liegen sowohl im Bereich der Leistungsanbieter als auch bei den Anspruchsberechtigten. Sie betreffen die Zugänglichkeit und Zielgruppenspezifität von Informationen, die Struktur und Organisation der Untersuchungen und persönliche Einstellungen zur Krebsfrüherkennung. Diese Problembereiche sind von der Gesundheitspolitik erkannt und aufgegriffen worden. In die Handlungsfelder des Nationalen Krebsplans, den das Bundesministerium für Gesundheit gemeinsam mit der Deutschen Krebsgesellschaft, der Deutschen Krebshilfe und der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren im Jahr 2008 initiiert hat, wurden diese Themen integriert. So widmet sich das Handlungsfeld 1 des Nationalen Krebsplans der Weiterentwicklung der Krebsfrüherkennung (BMG 2011), dessen Ziel eine gesteigerte informierte Inanspruchnahme der Krebsfrüherkennungsprogramme der gesetzlichen Krankenkassen ist. Durch eine Verbesserung der Informationsangebote über Nutzen und Risiken der Krebsfrüherkennung soll der Anteil derjenigen erhöht werden, die in der Lage sind, eine infor-

mierte Entscheidung für oder gegen die Inanspruchnahme von Krebsfrüherkennungsmaßnahmen zu treffen. Als weitere Handlungsfelder wurden bislang die Weiterentwicklung der onkologischen Versorgungsstrukturen und der Qualitätssicherung, die Sicherstellung einer effizienten onkologischen Behandlung und die Stärkung der Patientenorientierung/Patienteninformation bestimmt.

Kernaussagen

- Über zwei Drittel der in GEDA 2010 Befragten haben Angebote zur Krebsfrüherkennung bereits genutzt (80 % der Frauen, 53 % der Männer).
- Das Angebot der Hautkrebs-Früherkennung ist über der Hälfte der Befragten bekannt (56 % der Frauen, 49 % der Männer). Seit 2008, dem Jahr der Einführung des Hautkrebs-Screenings als Regelleistung der Gesetzlichen Krankenversicherung, haben 24 % der Anspruchsberechtigten ab 35 Jahren dieses Angebot genutzt.
- Das Angebot der Früherkennungs-Darmspiegelung ist den meisten Befragten bekannt (88 % der Frauen, 84 % der Männer). 49 % der Anspruchsberechtigten ab 55 Jahren haben seit 2002, dem Jahr der Einführung der Früherkennungs-Koloskopie als Regelleistung der Gesetzlichen Krankenversicherung, eine präventive Koloskopie durchführen lassen.
- Auf das Angebot der Krebsfrüherkennung von Haut- und Darmkrebs wurden die Befragten am häufigsten durch Ärzte aufmerksam gemacht.
- Die häufigsten Gründe für die Nichtteilnahme an der Hautkrebs-Früherkennung sind: Das Sreening wird persönlich als nicht nötig angesehen, die Befragten haben keine Hautveränderungen, die Untersuchung ist nicht bekannt.
- Die häufigsten Gründe für die Nichtteilnahme an der Früherkennungs-Darmspiegelung sind: Die Befragten haben keine Darmprobleme, die Untersuchung wird persönlich als nicht nötig angesehen, die Untersuchung wird abgelehnt, weil sie unangenehm ist.
- Einem Erinnerungssystem für die angebotenen Früherkennungsuntersuchungen stehen über 80 % der Befragten positiv gegenüber.

Literatur

Bergmann E, Kalcklösch M, Tiemann F (2005) Inanspruchnahme des Gesundheitswesens. Erste Ergebnisse des telefonischen Gesundheitssurveys 2003. Bundesgesundheitsbl – Bundesgesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 48: 1365–1373

Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2011) Nationaler Krebsplan
http://www.bmg.bund.de/praevention/nationaler-krebsplan/der-nationale-krebsplan-stellt-sich-vor.html (Stand: 30.03.2011)

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA) (2011) Richtlinie über die Früherkennung von Krebserkrankungen in der Fassung vom 18. Juni 2009, zuletzt geändert am 16. Dezember 2010, veröffentlicht im Bundesanzeiger Nr. 34: S 86, in Kraft getreten am 3. März 2011

Horch K, Wirz J (2005) Nutzung von Gesundheitsinformationen. Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 48 (11): 1250–1255

Horch K, Ryl L, Hintzpeter B et al. (2011) Kompetenz und Souveränität im Gesundheitswesen – Die Nutzerperspektive. Hrsg. Robert Koch-Institut Berlin GBE kompakt 2(2)
www.rki.de/gbe-kompakt (Stand: 07.04.2011)

Lampert T, Kroll LE (2006) Einkommensdifferenzen in der Gesundheit und Lebenserwartung – Quer und Längsschnittbefunde des Sozio-oekonomischen Panels (SOEP). Gesundheitswesen 68 (4): 219–230

Lampert T, Kroll LE (2008) Zeitliche Entwicklung der gesundheitlichen Ungleichheit in Deutschland und anderen europäischen Ländern. Public Health Forum 16 (59): 11.e1–11.e3

Madan V, Lear JT, Szeimies RM (2010) Non-melanoma skin cancer. Lancet 375 (9715): 673–685

Mielck A (2000) Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Verlag Hans Huber, Bern

Mielck A (2008) Zum Zusammenhang zwischen sozialer Ungleichheit und gesundheitlicher Versorgung. In: Tiesmeyer K, Brause M, Lierse M et al. (Hrsg) Der Blinde Fleck. Ungleichheiten in der Gesundheitsversorgung. Verlag Hans Huber, Bern, S 21–38

Robert Koch-Institut (Hrsg) (2009) 20 Jahre nach dem Fall der Mauer: Wie hat sich die Gesundheit in Deutschland entwickelt? Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin

Robert Koch-Institut (Hrsg) (2010) Verbreitung von Krebserkrankungen in Deutschland. Entwicklung der Prävalenzen zwischen 1990 und 2010. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin

Robert Koch-Institut, Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister (Hrsg) (2012) Krebs in Deutschland 2007/2008. 8. Ausgabe. RKI, Berlin

Rückinger S, von Kries R, Pauli S et al. (2008) Die Krebsfrüherkennung für Frauen wird in Regionen mit niedrigem Haushaltseinkommen seltener in Anspruch genommen – Analysen von Daten der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns. Gesundheitswesen 70: 393–397

Scheffer S, Dauven S, Sieverding M (2006) Soziodemografische Unterschiede in der Teilnahme an Krebsfrüherkennungsuntersuchungen (KFU) in Deutschland – Eine Übersicht. Gesundheitswesen 86: 139–146

Schroedter J, Lechert Y, Lüttinger P (2006) Die Umsetzung der Bildungsskala ISCED-1997 für die Volkszählung 1970, die Mikrozensus-Zusatzerhebung 1971 und die Mikrozensen 1976–2004 (Version). ZUMA-Methodenbericht 2006/08

Sieverding M, Matterne U, Ciccarello L et al. (2008) Prostatakarzinomfrüherkennung in Deutschland – Untersuchung einer repräsentativen Bevölkerungsstichprobe. Urologe A 47 (9): 1233–1238

Starker A, Saß AC, Ziese T (2006) Inanspruchnahme von Gesundheits- und Krebsfrüherkennungsuntersuchungen. Wer nutzt sie (nicht) und warum? Gesundheitswesen 68 (7): A125

Starker A, Saß AC (2007) Eigenverantwortung + Hausarzt = gut versorgt? Ergebnisse des Telefonischen Gesundheitssurveys 2004 zum Präventionsverhalten in Deutschland. Prävention und Gesundheitsförderung 2 (Suppl 1): P124

Statistisches Bundesamt (2011) Todesursachenstatistik www.gbe-bund.de (Stand: 23.09.2011)

United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (UNESCO) (1997) International Standard Classification of Education ISCED

Wilson JM, Jungner YG (1968) Principles and practices of screening for disease. World Health Organization, Geneva

Wuppermann D (2011) Aktueller Wissensstand der Bevölkerung zur Darmkrebsvorsorge. Persönliche Mitteilung über unveröffentlichte Auswertungen (Stand: 09.07.2011)

Wuppermann D, Wuppermann U, Riemann JF (2009) Aktueller Wissensstand der Bevölkerung zur Darmkrebsvorsorge – eine Untersuchung der Stiftung LebensBlicke mit dem Institut für Demoskopie in Allensbach. Z Gastroenterol 47: 1132–1136

Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland (2011a) Teilnahme an gesetzlichen Krebsfrüherkennungsuntersuchungen. Dokumentation der Untersuchungsergebnisse aus den gesetzlichen Maßnahmen zur Früherkennung nach § 25 SGB V
www.geb-bund.de (Stand: 29.03.2012)

Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland (2011b) Akzeptanz von Früherkennungs-Untersuchungen
http://www.zi-berlin.de/cms/projekte/studien/akzeptanz-von-frueherkennungs-untersuchungen/
(Stand: 20.06.2011)

Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung (2011c) Teilnahme an gesetzlichen Früherkennungsuntersuchungen
http://www.zi.de/cms/fileadmin/images/content/PDFs_alle/Beteiligungsraten_2010_Deutschland.pdf
(Stand: 28.10.2011)

Bibliografische Information Der Deutschen Bibliothek
Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation
in der Deutschen Nationalbibliografie.

Herausgeber
Robert Koch-Institut
Nordufer 20
13353 Berlin

Redaktion
Robert Koch-Institut
Abteilung für Epidemiologie und
Gesundheitsberichterstattung
Dr. Cornelia Lange, Dr. Thomas Ziese
General-Pape-Straße 62-66
12101 Berlin

Bezugsquelle
Die »Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung
des Bundes« können kostenlos bezogen werden.
E-Mail: gbe@rki.de
www.rki.de/gbe
Tel.: 030-18754-3400
Fax: 030-18754-3513

Zitierweise
Robert Koch-Institut (Hrsg) (2012) Daten und Fakten:
Ergebnisse der Studie »Gesundheit in Deutschland aktuell 2010«.
Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin

Grafik/Satz
Gisela Winter, Kerstin Möllerke
Robert Koch-Institut

Druck
Ruksaldruck, Berlin

ISBN
978-3-89606-213-0